

vidéo

son

images

+ Web

animation

Pierre
Albaladejo *

Recommandations actuelles concernant la prévention de la maladie veineuse thromboembolique

Les référentiels médicaux sur la prévention de la maladie thromboembolique veineuse répondent à la nécessité d'encadrer la prévention de cette pathologie chez les patients ayant des facteurs de risque ou exposés à un risque dans deux grandes situations : la prévention en milieu médical d'une part, chirurgicale d'autre part.

Ce qui est nouveau

Les recommandations pour la prévention de la maladie thromboembolique en chirurgie évoluent :

- en chirurgie orthopédique ; les nouveaux anticoagulants oraux trouvent leur place aux côtés des héparines de bas poids moléculaire, qui restent la référence ;
- en chirurgie bariatrique ; les recommandations sont plus précises ;
- de nouvelles propositions sont faites en chirurgie plastique et esthétique.

La prévention de la maladie thromboembolique veineuse en médecine et en chirurgie, pour qu'elle soit efficace, doit reposer sur l'application de référentiels médicaux constamment réactualisés. Les recommandations de l'*American College of Chest Physicians* (ACCP) couvrent l'ensemble des problématiques liées aux médicaments antithrombotiques et font référence pour la prévention de la maladie veineuse thromboembolique.¹ Des recommandations de bonne pratique intitulées « Prévention et traitement de la maladie veineuse thromboembolique en médecine clinique » ont été publiées en 2009 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).² Elles intègrent des recommandations sur la prévention de la thromboembolie dans les situations médicales les plus à risque : affections médicales aiguës, accident vasculaire cérébral ischémique, hémorragie intracrânienne et cathéter central chez le patient cancéreux.

Des recommandations pour la pratique clinique de la thromboprophylaxie chirurgicale ont été élaborées sous l'égide de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) en 2005 et ont été réactualisées en 2011.^{3,4} Elles constituent un référentiel aussi complet que possible pour orienter le praticien dans sa pratique quotidienne de la thromboprophylaxie. Ce référentiel répond à deux objectifs : organiser la connaissance sur le sujet selon les principes de médecine factuelle, et fournir un outil pragmatique pour permettre au praticien de s'approprier et d'appliquer ces recommandations. Le caractère pragmatique revêt dans ce contexte une importance primordiale. En effet, il apparaît clairement que l'efficacité de la prévention de la maladie veineuse thromboembolique dépend de la façon d'organiser les stratégies de prévention. En d'autres termes, deux stratégies coexistent : les protocoles systématiques, efficaces et reproductibles, où la prévention s'applique à de grands cadres (p. ex. prévention en chirurgie orthopédique), et les stratégies du « cas par cas », plus aléatoires quant à leur application, où les stratégies de prévention s'appliquent en tenant compte des facteurs de risque particuliers des patients.¹

* Pôle d'anesthésie-réanimation, CHU de Grenoble, 38043 Grenoble Cedex 9.
palbaladejo@chu-grenoble.fr

La prévention de la maladie thromboembolique veineuse en chirurgie telle qu'elle est proposée dans les référentiels a pour principe général que la chirurgie porte en soi un risque à prendre en compte. L'identification du patient à risque est rendue aisée par la qualification simple de la chirurgie. Les référentiels proposent donc une stratification reposant sur le risque lié à la chirurgie. La stratégie proposée est donc dépendante du type de chirurgie. En pratique, dans les chirurgies dites à risque, c'est le risque lié à la chirurgie qui est prééminent pour définir la stratégie à mettre en œuvre. Ainsi, il devient facile de mettre en place des protocoles par type de chirurgie.

De larges cohortes ont mis en évidence que la conformité des stratégies de prévention de la maladie thromboembolique veineuse avec les référentiels existants (principalement les *guidelines* de l'ACCP) est meilleure en chirurgie qu'en médecine.⁵ En chirurgie, elle est meilleure en orthopédie qu'en urologie ou en chirurgie carcinologique. En clair, la conformité à un référentiel est meilleure dans une chirurgie où l'identification du risque est plus facile, en chirurgie orthopédique

majeure plus qu'ailleurs car cette chirurgie est identifiée comme une chirurgie à risque en soi indépendamment du risque thrombotique lié au patient.

C'est dans cet esprit que les recommandations de la SFAR de 2005 ont été élaborées. Les chirurgies ont été classées artificiellement selon 3 niveaux de risque, élevé, intermédiaire, ou faible

en fonction de deux critères : l'incidence des événements thromboemboliques veineux en l'absence de thromboprophylaxie et l'efficacité d'une stratégie de prévention. Les stratégies de prévention reposent sur la thromboprophylaxie pharmacologique et mécanique. La thromboprophylaxie pharmacologique est principalement fondée sur l'administration d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM), puisque c'est dans cette classe d'anticoagulants que la majorité des études sont retrouvées, qu'elles ont prouvé leur efficacité et leur sécurité.

Depuis 2005, le paysage de la thromboprophylaxie en chirurgie a sensiblement évolué. Ces évolutions ne remettent pas en cause les recommandations de 2005 qui restent valides pour leur grande majorité. Différents aspects de ces recommandations ont été réactualisés.⁴

Chirurgie orthopédique

La principale avancée dans le domaine de la thromboprophylaxie est l'arrivée des nouveaux anticoagulants oraux. Deux médicaments sont commercialisés à l'heure de la publication de ce texte : le dabigatran (antithrombine) et le rivaroxaban (anti-Xa). Un deuxième médicament anti-Xa oral est en cours de commercialisation, l'apixaban. Ces trois médicaments ont eu un développement dans la prévention de la maladie veineuse thromboembolique dans la prothèse totale de hanche et de genou. Ils n'ont donc d'indication reconnue que dans ces deux types de chirurgie. Le positionnement respectif de ces trois médicaments dans les recommandations est le résultat d'une analyse précise de l'efficacité et de la sécurité (prévention des événements thromboemboliques majeurs ou symptomatiques et risque hémorragique postopératoire) de la stratégie d'administration par comparaison aux stratégies pharmacologiques de référence que sont les HBPM. Ce détail est d'importance, puisqu'à chacun de ces médicaments correspond une modalité précise d'administration : dose choisie dans l'indication, nombre d'administrations, délai d'administration par rapport à la fin de l'intervention. Or, au-delà des propriétés intrinsèques de ces médicaments, chacun de ces éléments a une importance considérable à la fois dans la prévention des événements thromboemboliques veineux et dans le contrôle du risque hémorragique postopératoire. Ce qui est probablement très nouveau est la possibilité de préférer un médicament (et ses spécificités d'administration) en fonction des risques propres surajoutés du patient, qu'ils soient thromboemboliques ou hémorragiques. En effet, une attention toute particulière est portée aux patients fragiles, c'est-à-dire âgés, de petit poids et/ou à fonction rénale limite, ou traités par des agents antiplaquettaires chez qui le risque hémorragique est identifié comme plus important.

La discussion de la durée optimale de la thromboprophylaxie postopératoire est soulevée dans l'arthroplastie de genou, où il est recommandé de prévenir la thromboembolie pendant



Sur le sommaire électronique www.larevuedupraticien.fr des liens interactifs permettent d'accéder aux recommandations citées dans ce texte (Afssaps 2009, Sfar 2005 et 2011).

POUR LA PRATIQUE

- Les recommandations pour la prévention de la maladie thromboembolique sont réactualisées.
- Pour les arthroplasties de hanche et de genou, les HBPM à dose prophylactique élevée, le fondaparinux, le dabigatran, le rivaroxaban et l'apixaban constituent 5 moyens prophylactiques de première intention.
- Pour l'arthroplastie de genou, il est suggéré de prolonger la thromboprophylaxie jusqu'au 35^e jour.
- Pour la chirurgie bariatrique, à risque thromboembolique élevé, il est suggéré d'utiliser une HBPM en augmentant les doses journalières, en deux injections par jour, pour une durée minimale de 10 jours.
- Pour la chirurgie plastique et esthétique, l'abdominoplastie est considérée comme une chirurgie à risque élevée.

15 jours.^{1,3} Il est maintenant suggéré de prolonger la prévention jusqu'au 35^e jour. L'étude PROTHEGE montre en effet qu'une prophylaxie prolongée permet de prévenir la survenue d'événements thromboemboliques veineux potentiellement symptomatiques.⁶

Chirurgie bariatrique

Des recommandations spécifiques à la chirurgie bariatrique ont été proposées. La question qui se pose chez ces patients et pour cette chirurgie est l'adaptation d'une stratégie de prévention pharmacologique au risque inhérent à la chirurgie d'une part, à l'indice de masse corporelle d'autre part. S'il n'existe pas d'étude répondant complètement et directement à cette question, les données actuelles permettent au moins d'apporter des limites de doses en deçà et au-delà desquelles un risque en particulier hémorragique est perceptible. Ainsi, s'il est acquis qu'une thromboprophylaxie pharmacologique est recommandée, il est suggéré d'administrer des HBPM, à dose plus élevée, sans dépasser 10 000 UI anti-Xa par jour, administrées en deux injections, pour une durée minimale de 10 jours.

Chirurgie plastique et esthétique

Un des objectifs du référentiel de 2005 était de couvrir largement les différentes spécialités chirurgicales, y compris celles pour lesquelles les études de thromboprophylaxie étaient de faible niveau (chirurgie vasculaire, cardiaque, brûlés, etc.). C'est dans cette démarche que la réactualisation propose des recommandations pour la chirurgie plastique et esthétique. Trois niveaux de risque ont été définis en fonction de la fréquence des événements thromboemboliques veineux : élevé (abdominoplastie), modéré (lipoaspiration, dermolipectomie, chirurgie mammaire reconstructrice), et faible (chirurgie mammaire esthétique-réduction-prothèse, lifting). À chacun de ces niveaux de risque correspond une recommandation, en notant l'importance de la prophylaxie mécanique dans ces indications.

En médecine en général et en chirurgie en particulier, le succès de la thromboprophylaxie tient à un juste équilibre entre la prévention d'événements thromboemboliques veineux et la réduction du risque hémorragique. Cet équilibre peut être atteint par l'application de stratégies intégrant une identification a priori des risques thromboemboliques mais aussi hémorragiques des patients. La prise en charge de patients de plus en plus fragiles rend plus délicate l'application de ces stratégies. Les référentiels réactualisés doivent intégrer ces difficultés en les rendant accessibles à une mise en forme très structurée permettant ainsi leur application aisée et pragmatique. •

Pierre Albaladejo déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Boehringer Ingelheim, Bayer Healthcare, BMS-Pfizer, Sanofi et avoir été pris en charge à l'occasion de congrès par Boehringer Ingelheim, Bayer Healthcare, BMS-Pfizer, et Sanofi.

SUMMARY Guidelines about venous thromboembolism

Prevention of venous thromboembolism relies on compliance to guidelines. Different guidelines and recommendations regarding medical and surgical situations are available from international and national sources. New strategies for venous thromboembolism prevention have been recently developed. Thus, guidelines must be constantly revisited in this field. Guidelines for prevention of venous thromboembolism in surgery, issued by the French Society of Anaesthesia and Intensive Care in 2005 are still valid. New recommendations for hip and knee arthroplasty regarding the indication for new oral anticoagulants have been issued. In bariatric surgery, prevention strategies have been clarified. In plastic and aesthetic surgery, new guidelines are now available. More precise recommendations and suggestions have been proposed for fragile patients (elderly, low body weight, altered renal function) who are at higher risk for haemorrhagic and also thrombotic events after surgery.

RÉSUMÉ Recommandations actuelles concernant la prévention de la maladie veineuse thromboembolique

La prévention de la maladie thromboembolique veineuse repose sur l'application de référentiels ; ces derniers sont clairement identifiés pour les situations médicales et chirurgicales. Ces dernières années, les données sur les stratégies de prévention ont considérablement évolué, et des réactualisations sont nécessaires. Le référentiel de la SFAR sur la prévention de la maladie thromboembolique en chirurgie, élaboré en 2005, reste valide pour la plupart de ces recommandations. Les principales évolutions concernent la chirurgie orthopédique où les nouveaux anticoagulants oraux sont intégrés, la chirurgie bariatrique où les modalités de thromboprophylaxie sont précisées et la chirurgie plastique et esthétique où de nouvelles recommandations sont proposées. La prise en charge des patients fragiles (âgés, de faible poids, à fonction rénale altérée) qui sont à risque d'événements thromboemboliques veineux, mais aussi hémorragiques, est plus précise.

RÉFÉRENCES

1. Afssaps. Recommandations de bonne pratique. Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prevention-et-traitement-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-en-medecine-recommandations-de-bonne-pratique>
2. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). Chest 2008;133:S381-453.
3. Samama CM, Albaladejo P, Laversin S, Marret E. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Ann Fr Anesth Reanim 2005;8:853-61.
4. <http://www.sfar.org/categorie/8/recommandations-de-la-sfar/1>
5. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet 2008;371:387-94.
6. Barrellier MT, Lebel B, Parienti JJ, Mismetti P, Dutheil JJ, Vielpeau C; PROTHEGE study group; GETHCAM study group. Short versus extended thromboprophylaxis after total knee arthroplasty: a randomized comparison. Thromb Res 2010;126:e298-304.